DE

N° 100.

LA PERIPNEUMONIE.

CONSIDÉRÉE CHEZ LES ENFANS;

THÈSE

Présentée et soutenue à la Faculté de médecine de Paris, le 2 juin 1828, pour obtenir le grade de Docteur en médecine;

PAR LOUIS BERGERON, de Mer,

Département de Loir-et-Cher.

Cognitu non rarò difficilis hic morbus est, quòd characteribus formatæ jam veræque pleuritidis aut peripneumoniæ maximam partem destituatur.

STOLL, *de Pleuritide latente.*

A PARIS,

DE L'IMPRIMERIE DE DIDOT LE JEUNE,

Imprimeur de la Faculté de Médecine, rue des Maçons-Sorbonne, n° 13.

1828.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Professeurs.

M. LANDRÉ-BEAUVAIS, Doyen.	Messieurs
Anatomie	CRUVEILHIER.
Physiologie	DUMÉRIL.
Chimie médicale	ORFILA.
Physique médicale	PELLETAN fils.
Histoire naturelle médicale	CLARION.
Pharmacologie	GUILBERT.
Hygiène	ANDRAL, *Examinateur.*
Pathologie chirurgicale	MARJOLIN. / ROUX.
Pathologie médicale	FIZEAU. / FOUQUIER.
Opérations et appareils	RICHERAND.
Thérapeutique et matière médicale	ALIBERT, *Examinateur.*
Médecine légale	ADELON.
Accouchemens, maladies des femmes en couches et des enfans nouveau-nés	DESORMEAUX, *Président.*
Clinique médicale	CAYOL. / CHOMEL, *Suppléant.* / LANDRÉ-BEAUVAIS. / RÉCAMIER, *Examinateur.*
Clinique chirurgicale	BOUGON. / BOYER. / DUPUYTREN.
Clinique d'accouchemens	DENEUX.

Professeurs honoraires.

MM. CHAUSSIER, DE JUSSIEU, DES GENETTES, DEYEUX, DUBOIS, LALLEMENT, LEROUX, PELLETAN père, VAUQUELIN.

Agrégés en exercice.

Messieurs	Messieurs
Arvers.	Gibert.
Baudelocque.	Kergaradec.
Bouvier.	Lisfranc.
Breschet.	Maisonabe.
Cloquet (Hippolyte).	Parent du Chatelet.
Cloquet (Jules).	Pavet de Courteille.
Dance, *Examinateur.*	Ratheau.
Devergie, *Examinateur.*	Richard.
Dubois.	Rochoux.
Gaultier de Claubry.	Rullier.
Gérardin.	Velpeau.
Gerdy, *Suppléant.*	

Par délibération du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

DE

LA PÉRIPNEUMONIE,

CONSIDÉRÉE CHEZ LES ENFANS.

La péripneumonie, si commune, comme maladie des adultes, est-elle aussi fréquente pendant l'enfance? Si l'on consulte les auteurs, on s'aperçoit que presque tous regardent l'inflammation du poumon comme attaquant rarement les enfans. Ainsi pensent *Cullen*, *P. Frank*, et long-temps avant eux *Arétée* avait avancé la même opinion. Quelle que soit l'autorité de ces hommes célèbres, nous nous éloignons de leurs idées sous ce rapport; les enfans de l'âge le plus tendre ne sont point exempts de fréquentes phlegmasies du parenchyme pulmonaire; ils périssent souvent par cette cause, soit que celle-ci n'ait pas été reconnue pendant la vie des malades, soit que, malgré le traitement le plus rationnel, elle ait amené une terminaison funeste. Il est même prouvé que le fœtus, encore contenu dans le sein de sa mère, peut être atteint de pneumonie, malgré l'inaction complète des poumons; et *Morgagni* raconte l'histoire d'une jeune fille de quatorze jours qui succomba à la même affection, et chez laquelle les deux poumons étaient phlogosés à leur partie postérieure.

Il est facile d'être trompé, et de méconnaître une péripneumonie

mortelle, si l'on n'apporte pas la plus grande attention à l'examen de la poitrine des jeunes sujets, dès qu'on a lieu de soupçonner que les voies respiratoires sont lésées chez eux d'une manière quelconque ; encore même, très-souvent, les symptômes sont si obscurs, que le praticien le plus expérimenté ne peut établir un prognostic positif : ce n'est qu'à l'ouverture du cadavre qu'on acquiert la preuve de la phlegmasie pulmonaire. D'autres fois la maladie se révèle par des signes certains, et tels que ceux qui indiquent l'existence de la pneumonie des adultes. Cette différence dans la facilité de reconnaître cette inflammation dépend de la forme variée qu'elle revêt dans ses caractères anatomiques. Tantôt, en effet, elle consiste dans une altération du parenchyme du poumon, semblable, pour la disposition et l'étendue, à celle qui se rencontre sur l'homme adulte; tantôt, au contraire, elle est circonscrite, peu étendue et disséminée par petites portions dans les poumons, dont le reste du tissu est sain. Dans ce dernier cas, on conçoit aisément combien, pendant la vie, elle est difficile à constater. Plus l'enfant se rapproche de la puberté, plus la péripneumonie dont il est atteint a d'analogie avec celle des adultes. La pneumonie *lobulaire* attaque particulièrement la première enfance.

Dans cette dissertation, je me propose d'examiner en quoi la pneumonie qui atteint les jeunes sujets diffère de celles qui frappe les adultes, de rechercher quelles sont ses causes les plus communes, celles qui sont presque spéciales au jeune âge; de considérer quelle est la nature des symptômes, quels sont ceux qui manquent chez l'enfant, lorsqu'ils existent presque constamment chez l'homme fait, de les comparer entr'eux; j'indiquerai les maladies qui compliquent souvent la pneumonie des enfans, et qui augmentent sa gravité; enfin, je parlerai des modifications que le traitement doit recevoir de l'âge tendre des malades. La pneumonie a été divisée en *aiguë* et en *chronique* : cette seconde espèce est si rare, de l'aveu de tous les praticiens, que je n'en parlerai presque pas.

Causes.

Les causes qui produisent la péripneumonie aux autres époques de la vie sont celles qui la déterminent pendant l'enfance ; elles se divisent naturellement en *prédisposantes* et en *occasionnelles.*

Causes prédisposantes. Comme presque toutes les affections aiguës, la pneumonie est plus fréquente dans certains temps de l'année que dans les autres. Qui ne connaît l'influence que le printemps exerce sur le développement de cette phlegmasie? Il est prouvé, en effet, qu'elle est beaucoup plus commune dans cette saison, et vers les derniers mois de l'hiver que dans l'été et l'automne. Il est des variations atmosphériques, inappréciables quelquefois à nos sens, qui favorisent la production des pneumonies, qui se répandent alors d'une manière épidémique. L'enfant, comme l'adulte, est exposé à l'action de ces deux causes prédisposantes. Dans chacun des âges de la vie prédomine l'un des grands systèmes organiques ; mais l'enfance n'est pas celui où l'appareil respiratoire jouit de sa plus grande énergie ; il ne faut donc pas chercher dans l'activité des fonctions du poumon la cause de la fréquence de la pneumonie infantile. Je ne crois même pas que la constitution caractérisée par la prédominance de l'hématose soit favorable, en général, à la génération des phlegmasies pulmonaires ; il me semble qu'elles se rencontrent à peu près également chez des hommes de tous les tempéramens. D'un autre côté, l'extrême faiblesse des individus épuisés par de longues maladies, n'est pas une sauvegarde contre l'invasion de l'inflammation des poumons, et l'on voit tous les jours des personnes débilitées par une diarrhée chronique, une suppuration prolongée, la fièvre hectique, trouver dans une pneumonie la véritable cause de leur mort, que l'affection préexistante n'aurait pas encore déterminée. Aussi *Boerhaave* termine un de ses aphorismes par ces mots : *Hunc morbum*

(peripneumoniam notham) ferè fieri ex omni alio prægresso, antequàm ex eo moriatur æger : adeòque proximam mortis causam, et ultimum fermè omnium morborum effectum, esse peripneumoniam. La péripneumonie survient si souvent pendant le cours de la gastro-entérite et de la fièvre adynamique, que ces maladies peuvent être regardées comme une de ses causes prédisposantes. Rien n'est plus commun que cette complication, surtout en hiver, dit *Laennec*. Cette observation m'a paru confirmée par les faits que j'ai recueillis dans les hôpitaux où sont admis les adultes, et dans celui des enfans malades. Faut-il s'étonner de cette coïncidence, lorsqu'on remarque que presque toutes les fièvres graves sont accompagnées, dès leur début, d'une lésion profonde des bronches, que révèlent un râle muqueux abondant et la gêne de la respiration?

La bronchite, chez les enfans comme chez les adultes, dégénère quelquefois en péripneumonie. Toutefois il me semble que cette extension de l'inflammation de la muqueuse des bronches au tissu des poumons est moins fréquente que beaucoup de praticiens ne le pensent, et que, le plus souvent, le catarrhe le plus violent parcourt toutes ses périodes dans son siége primitif, sans s'étendre à la substance pulmonaire.. *Laennec* a dit aussi à ce sujet : « Il n'est pas très-« commun de voir une péripneumonie se greffer sur un catarrhe « aigu. » La pneumonie naît donc, dans la plupart des cas, de prime-abord ; mais elle peut aussi se déclarer après une bronchite simple, et même pendant le cours de la coqueluche. Assez fréquemment, en effet, on voit les enfans qui sont atteints de la toux convulsive périr des suites de l'inflammation du parenchyme des poumons.

Une cause prédisposante de cette phlegmasie, très-commune chez les enfans, est l'existence des maladies éruptives, de la rougeole principalement. Cette éruption, si fréquente dans le premier âge, ne consiste pas seulement dans une fièvre exanthématique dont la rougeur de la peau est le symptôme le plus remarquable, elle est liée à une bronchite constante, nécessaire, et quelquefois tout le système muqueux est affecté simultanément.

Il n'est donc pas étonnant que le tissu du poumon participe, dans les cas graves, à l'irritation qui sévit sur les bronches; aussi presque tous les enfans que j'ai vus succomber pendant le cours de la rougeole présentaient, à l'ouverture de leur corps, des traces de pneumonie. Mais la rougeole et les autres fièvres éruptives ne prédisposent pas seulement à cette phlegmasie ceux qui en sont actuellement atteints : chacun sait combien les personnes convalescentes de ces affections cutanées contractent facilement une grave inflammation du poumon, lorsqu'elles s'exposent à l'air libre et frais trop promptement et sans précautions. Il paraît que la peau, après avoir supporté ces exanthèmes, conserve une susceptibilité extrême, qui augmente les liaisons sympathiques qui l'unissent aux voies respiratoires, ou bien qu'elle est le siége d'une perspiration insensible, qui est comme la crise de la fièvre exanthématique, et dont la suspension est souvent funeste. Est-ce sortir de mon sujet que d'indiquer ici l'influence puissante que cette même éruption morbilleuse exerce sur le développement et la marche rapide des tubercules? La rougeole, survenant chez un enfant dont les poumons semblent tendre à l'affection tuberculeuse, est une pierre de touche, suivant l'expression de M. *Guersent*, qui accélère et met hors de doute l'existence de cette terrible maladie lorsque son invasion est imminente, de même qu'elle doit engager à rétracter un fâcheux prognostic lorsque les signes de la phthisie ne se manifestent pas peu de temps après la terminaison de l'exanthème. Cette réaction exercée par la rougeole n'a d'ailleurs rien de surprenant pour les médecins, qui considèrent les tubercules comme dépendant d'une pneumonie chronique, ou d'une irritation du parenchyme pulmonaire, favorisée par une prédisposition particulière. Dans l'enfance comme dans l'âge adulte, les tubercules, agglomérés en masse, ou les cavernes qui succèdent à leur ramollissement et à leur évacuation, sont fréquemment entourés de cette altération du poumon, qui, dur, grisâtre, noir, non crépitant, présente le type de la pneumonie chronique, si rare dans toute autre circonstance. Le développement préalable de la matière tuberculeuse,

et l'irritation qu'elle produit nécessairement en parcourant ses diverses phases, est donc une cause de pneumonies intercurrentes.

Causes occasionnelles. Les causes occasionnelles de la pneumonie sont nombreuses; elles agissent sur l'enfant comme sur l'adulte. En premier lieu, nous devons citer l'impression du froid sur le corps, surtout lorsqu'une abondante diaphorèse a été provoquée d'une manière quelconque. Cette réaction du froid se passe de plusieurs manières : tantôt c'est l'air atmosphérique qui s'applique sur le tégument externe et le refroidit; tantôt il affecte la muqueuse bronchique; d'autres fois c'est une boisson froide qui parcourt le canal digestif, et détermine la phlegmasie pulmonaire. Les auteurs ont signalé comme des causes de pneumonie, les courses à l'encontre du vent, les contusions et les plaies de poitrine, etc. Comme l'adulte, l'enfant est souvent frappé de pneumonie, sans que l'on puisse donner aucune raison plausible de l'invasion de cette maladie; nous ignorons quelle circonstance occulte provoque alors l'inflammation du poumon, et je crois que la cause de celle-ci, dans la grande majorité des cas, reste pour nous dans une obscurité profonde. Presque toutes les maladies n'ont-elles pas cela de commun avec la pneumonie?

Symptômes.

Dans la marche de cette phlegmasie, nous distinguons trois périodes : la première comprend l'invasion et l'apparition des premiers symptômes; la seconde s'étend depuis le moment où le poumon devient imperméable à l'air, jusqu'à celui où les signes de résolution ou de terminaison se manifestent, et là commence la troisième période. Nous établissons cette division artificielle pour présenter les divers symptômes d'une manière plus facile, sans y attacher, du reste, la moindre importance. En effet, dans beaucoup de cas, la succession des symptômes se précipite rapidement; à peine la première période a débuté que la seconde s'avance : bien plus, telle partie du poumon

peut être à peine engorgée, qu'une partie voisine est en suppuration. Nous allons examiner d'abord comment chaque période s'annonce chez l'homme adulte, et ensuite nous indiquerons les modifications que le jeune âge des enfans apporte à la manifestation des symptômes.

Invasion. — Première période. L'invasion de la péripneumonie est souvent brusque; quelquefois elle est précédée de quelques prodromes, tels que le malaise, les lassitudes spontanées, la perte de l'appétit. Tout à coup un frisson plus ou moins violent se fait sentir : ce frisson est un phénomène assez constant du début de l'inflammation pulmonaire. Lorsque cette affection se développe à l'occasion du refroidissement qu'éprouve le corps après avoir été préalablement couvert de sueur, le frisson paraît souvent peu de temps après l'impression du froid ; beaucoup de malades se plaignent cependant de l'avoir éprouvé pendant la nuit, au milieu de leur sommeil, qui est interrompu par cette pénible sensation. En même temps se fait sentir ordinairement une douleur plus ou moins vive, obtuse, dans le cas de pneumonie simple ; aiguë, pongitive, s'il existe une pleuropneumonie. Cette douleur est presque toujours fixée au-dessous de l'un ou l'autre sein ; elle s'accroît par les efforts de la toux, par la pression, la percussion du thorax, pendant les grandes inspirations. Bientôt la toux se fait entendre ; elle manque très-rarement. D'abord sèche, elle s'accompagne promptement de l'expectoration d'une matière glutineuse, visqueuse, tremblante, adhérente au vase qui la contient : ces crachats, jaunâtres, rougeâtres, semblent souvent colorés par la bile ; mais des expériences chimiques ont prouvé que leur teinte caractéristique était due à une petite quantité de sang intimement unie au mucus : on leur a donné le nom de *crachats rouillés.*

Le malade est en proie à une dyspnée dont l'intensité est proportionnée, en général, à l'étendue de la phlegmasie. Elle est portée au plus haut degré, lorsque les deux poumons s'enflamment simultanément. La respiration est haute, accélérée. M. le professeur *Chomel* a

remarqué que le nombre des inspirations, pendant un temps donné, est, au nombre des pulsations du pouls, dans une proportion plus grande que dans toute autre maladie.

Dans cette première période, d'abord la percussion du thorax n'apprend rien ; la poitrine est partout également sonore, mais déjà l'auscultation annonce que le poumon est le siége d'un travail morbide : on perçoit effectivement, en appliquant l'oreille nue ou aidée du stéthoscope sur le thorax, le râle *crépitant*, regardé comme pathognomonique ; et le lieu où il s'entend indique la partie des poumons qui se phlogose. Plus tard, la résonnance diminue au même endroit, et le râle crépitant s'affaiblit ; cependant le bruit respiratoire semble plus intense dans le reste de la poitrine.

Les symptômes généraux qui dépendent de l'influence sympathique que la phlegmasie pulmonaire exerce sur l'organisme sont dignes d'attention. Les fonctions du poumon sont liées d'une manière trop intime avec celles du cœur pour que le cours du sang ne soit pas puissamment modifié : aussi le pouls est remarquable par sa fréquence et sa plénitude ; la peau présente une chaleur halitueuse le plus souvent ; la figure est rouge. La langue est généralement humide, blanche, quelquefois rouge vers sa pointe et ses bords ; la soif est vive. L'urine est très-rouge. Les malades se plaignent de lassitude, de douleurs obtuses dans les membres.

Il est rare que la pneumonie soit compliquée de phénomènes cérébraux morbides, tels que le délire, le coma ; et c'est une chose remarquable que le peu d'influence que les phlegmasies des organes de la respiration ont sur l'encéphale, tandis que les voies digestives, affectées d'inflammation, en exercent une si puissante.

Le sang tiré des veines pendant le cours de la pneumonie se couvre presque toujours de la couenne inflammatoire.

Tels sont les symptômes locaux et généraux qui signalent l'invasion de la péripneumonie observée sur un adulte. Voyons comment ces symptômes sont modifiés pendant l'enfance. Quelques-uns des symptômes locaux n'existent pas ; ainsi la douleur de côté manque sou-

vent; il est rare que les enfans en soient incommodés, du moins ils accusent rarement cette souffrance. Si la pneumonie était toujours lobulaire il serait facile d'expliquer cette anomalie. Ne voit-on pas ce même signe ne pas signaler certaines pneumonies des adultes, surtout celles qui ont reçu le nom de *pneumonies latentes ?*

La toux ne se déclare pas constamment dès le début de la maladie, mais elle parait toujours dans les premières vingt-quatre heures; elle est profonde, petite, souvent répétée; quelquefois les quintes sont assez violentes pour occasionner des vomissemens.

On sait que les jeunes enfans ne peuvent pas exécuter le mouvement instinctif de l'expuition; sans doute, les mucosités, les matières exhalées à la surface des bronches s'échapent de ces canaux et de la trachée-artère par les efforts de la toux; mais arrivées à la base de la langue, elles ne sont pas rejetées au dehors, parce que l'expectoration est incomplète; elles sont avalées et portées dans l'estomac. On est donc privé, dans les maladies des enfans, de l'avantage d'examiner la nature des crachats, et c'est une des causes qui rendent le diagnostic de la pneumonie infantile si difficile et la font si souvent méconnaître.

Il m'a semblé aussi que les enfans qui, plus avancés en âge, peuvent expectorer, ne rejettent pas des crachats dont la couleur sanguinolente, jaunâtre, ressemble à celle des crachats *rouillés;* ils sont muqueux, écumeux, et semblables à ceux du catarrhe aigu. L'homme adulte lui-même en proie à la pneumonie n'excrète pas toujours des crachats rouillés.

En général, l'enfant éprouve une dyspnée moins grande que l'homme sorti de l'adolescence; cependant la gêne de la respiration peut être portée très-loin pendant le cours de la pneumonie, surtout si les deux poumons sont gravement enflammés. Alors la tête est retirée en arrière, la face est rouge; les côtes s'élèvent fortement, et leurs mouvemens d'ascension sont très-faciles à compter. Il n'est pas rare de trouver le nombre des inspirations une fois seulement moin-

dre que celui des battemens du pouls, tandis que dans l'état naturel les inspirations sont aux contractions du cœur, pour leur fréquence, comme 1 est à 4 ou 5. Un enfant âgé de huit ans, affecté d'une pneumonie fixée sur le lobe inférieur du poumon gauche, avait par minutes 132 pulsations de l'artère radiale, et dans le même espace de temps faisait 92 inspirations. Un autre enfant de dix-huit mois, dont le poumon droit était presque entièrement hépatisé, avait 120 pulsations de l'artère sur 60 inspirations.

Pratiquée sur la poitrine de l'enfant dès le début de la pneumonie, la percussion ne révèle aucune différence dans la sonoréité de cette partie; j'ai déjà fait la même remarque au sujet du même moyen employé à l'examen du thorax de l'homme adulte, pendant la première période de l'inflammation du poumon; cependant, chez celui-ci le son est quelquefois déjà un peu moins clair au niveau de la portion du parenchyme pulmonaire qui est engouée. Pendant l'enfance, la résonnance de la cavité thoracique est si grande, qu'il est impossible de découvrir la moindre différence de son tant que le poumon n'est encore qu'au premier degré d'inflammation; bien plus, une petite étendue du poumon peut être hépatisée sans que la sonoréité du thorax soit diminuée : c'est ce qui arrive surtout quand la pneumonie est lobulaire et centrale. Dans tous les cas il est indispensable de percuter comparativement les deux côtés de la poitrine, si l'on veut éviter toute erreur. Beaucoup d'enfans supportent impatiemment la percussion, s'irritent, crient, et entrent dans une agitation convulsive, qui nuit à l'examen ultérieur des autres symptômes. On voit également quelques personnes d'un âge mûr manifester la même répugnance, et soutenir avec anxiété le choc que les doigts du médecin impriment aux parois thoraciques. La douleur que provoque cette méthode d'exploration est due chez elles, tantôt à une susceptibilité pusillanime, tantôt à un endolorissement général de la poitrine. Cette dernière cause est loin d'être rare.

Il s'en faut de beaucoup que l'auscultation, pratiquée sur un jeune enfant, présente des résultats aussi avantageux et aussi positifs

que sur l'homme adulte. N'est-ce pas une des plus belles découvertes de notre temps, que celle qui facilite le diagnostic d'une maladie qui n'est encore qu'à son début, et qui est aussi fréquente que la pneumonie. A peine l'engouement inflammatoire s'empare du tissu pulmonaire que, dans la grande majorité des cas, le râle crépitant révèle l'altération que subit la substance du poumon, indique les limites et le siége de la phlegmasie commençante. Malheureusement, sur le jeune enfant, il est rare de percevoir ce même râle avec assez de pureté pour acquérir une connaissance positive du mal et de son étendue. Dans beaucoup de circonstances où une terminaison funeste fait connaître une vaste hépatisation du poumon, on n'entend, pendant le cours de la maladie, qu'un râle muqueux plus ou moins abondant, et qui n'a rien de la netteté du râle crépitant. L'absence de ce râle pathognomonique n'est pas particulière aux pneumonies lobulaires peu étendues; elle se remarque aussi dans des cas où l'inflammation occupe une grande partie de l'un ou de l'autre poumon. Est-il besoin d'observer que plus l'enfant est jeune, plus le râle crépitant est rare, et que chez les jeunes adolescens il s'entend aussi-bien que chez l'adulte. Une difficulté spéciale que présente l'auscultation des enfans, est la fréquence de leurs cris, leur agitation quelquefois insurmontable.

Les phénomènes généraux suscités par la péripneumonie infantile sont semblables à ceux qui s'observent pendant le cours de la pneumonie des personnes plus avancées en âge. Quelquefois au début de la maladie les jeunes sujets éprouvent des convulsions, de même qu'ils en ressentent au commencement de presque toutes les phlegmasies. L'état du pouls ne présente rien de particulier; sa fréquence est presque toujours la seule nuance qu'il soit facile de saisir; quand à sa force, à sa plénitude, elles ne sont pas aussi aisées à apprécier que chez l'adulte.

Deuxième période. Pendant la seconde période de la pneumonie, beaucoup de symptômes qui avaient marqué le premier temps de la

maladie, persistent et augmentent de gravité. La toux est la même, et produit l'expectoration des crachats rouillés, ou d'une mucosité blanchâtre, visqueuse, parsemée de stries. La dyspnée s'accroît. La percussion du thorax rend un son mat dans une étendue plus ou moins considérable en proportion avec la partie du poumon qui est hépatisée. Au même point de la poitrine qui a cessé de résonner, on n'entend plus de râle crépitant là où il était perçu auparavant; il est remplacé par le souffle tubaire et par la respiration bronchique, phénomène nouveau qui dépend du passage de l'air dans les rameaux bronchiques qui parcourent la substance pulmonaire hépatisée. Si le malade prononce quelques paroles pendant que l'oreille ausculte, à l'aide du stéthoscope, la même partie de la poitrine, la voix résonne fortement; mais elle n'est point chevrotante: c'est la bronchophonie. Souvent le râle crépitant est facile à percevoir dans un point peu éloigné de celui où naguère il s'entendait, mais où il a cessé d'être sensible; cette circonstance indique que l'inflammation du poumon, concentrée sur une portion de celui-ci, s'étend de plus en plus, et envahit des parties jusqu'alors restées saines; et le râle crépitant, dit *Laennec*, marche, en quelque sorte devant les signes de l'hépatisation, qui, ordinairement, sont très-manifestes le lendemain dans les points où il existait la veille. Durant cette seconde période, les phénomènes généraux sont semblables à ceux que j'ai signalés à la fin de la première; ils peuvent cependant augmenter d'intensité.

Presque toutes les remarques que j'ai faites au sujet des modifications que fait subir aux symptômes de la pneumonie, pendant sa première période, la constitution des enfans, s'appliquent également aux phénomènes de cette seconde période. Quand l'hépatisation occupe une vaste partie du tissu pulmonaire, la matité est évidente, la bronchophonie manifeste, et la respiration bronchique facile à saisir; mais si la pneumonie est lobulaire, il est impossible de constater l'un ou l'autre de ces signes.

C'est ici le moment de parler d'une circonstance à laquelle on a attaché pendant long-temps une grande importance, comme signe

de la pneumonie ; on a dit que les malades, lorsqu'un seul de leurs poumons était enflammé, se couchaient de préférence sur le côté du corps qui correspondait au poumon hépatisé, afin de laisser au poumon sain toute facilité pour se dilater et pour remplacer son congénère par un surcroît d'action; mais l'observation des faits ne confirme pas cette idée rationnelle. Il est prouvé que les personnes affectées de pneumonie d'un seul côté ne préfèrent pas constamment le décubitus latéral correspondant. Il est, pour les adultes comme pour les enfans, souvent indifférent de se coucher sur le côté du corps qui répond au poumon sain ou sur celui qui répond au poumon enflammé.

Troisième période. La troisième période se présente sous un aspect différent, suivant que l'issue de la maladie est heureuse ou funeste.

1°. Lorsque la pneumonie se termine par le retour à la santé, l'inflammation se résout; cette résolution a lieu quand le poumon n'est encore qu'au degré d'engouement, quand il est hépatisé et parvenu à cette altération, que M. *Andral* a nommée *ramollissement rouge*, et même « la péripneumonie, parvenue au troisième degré, ou à celui « d'infiltration purulente, peut encore se terminer par résolution ou « par l'absorption du pus, et sans désorganisation du tissu pulmo- « naire. » (*Laennec.*)

S'il n'existe qu'un simple engouement du poumon, à mesure que les liquides sont résorbés le râle crépitant diminue, disparaît, devient muqueux; le bruit respiratoire recouvre peu à peu son ancienne netteté, lorsque l'air pénètre librement dans les petits rameaux bronchiques. Existe-t-il une hépatisation rouge ou purulente? par l'effet de l'absorption, la partie hépatisée revient à l'engouement, et ce passage est indiqué par le retour du râle crépitant, qui avait cessé. M. *Laennec* a désigné ce râle crépitant sous le nom de *rhonchus crepitans redux*. En même temps la bronchophonie, la respiration

bronchique ne se font plus entendre; le son mat est remplacé par une résonnance du thorax, qui se rapproche de plus en plus de la sonoréité normale; plus tard le râle crépitant s'affaiblit et cesse comme dans le cas précédent. La matière expectorée devient muqueuse, épaisse, jaunâtre, et perd son aspect visqueux, sanguinolent, *rouillé*. La dyspnée diminue; la toux est plus facile, moins fatigante, moins souvent répétée; le pouls perd de sa fréquence, il est souple; une douce moiteur, quelquefois une sueur copieuse recouvre le corps; l'urine dépose souvent un sédiment abondant, briqueté ou blanc. Outre ces phénomènes critiques, les auteurs signalent encore comme fréquens, au déclin de la pneumonie, une épistaxis, une éruption pustuleuse qui se montre sur les lèvres, la diarrhée; celle-ci a souvent été fort utile, et, suivant l'expression de Morgagni, *curationi summam manum imposuit;* si elle est excessive, elle devient nuisible; j'en parlerai plus tard comme d'une fâcheuse complication.

La pneumonie, qui se termine heureusement pendant l'enfance, est privée de la plupart de ces signes de résolution. Puisque presque tous les symptômes locaux manquent au début, et pendant l'état de la maladie, comment leur disparition indiquerait-elle la solution de la phlegmasie? Il ne faut pas compter sur le râle crépitant : la percussion donnera des résultats plus satisfaisans, si la poitrine a présenté quelques matité précédemment; sinon, ce mode d'exploration sera sans utilité : c'est ce qui arrive lorsque la péripneumonie est lobulaire. Le médecin est privé également de l'inspection des matières expectorées, et sur leur changement ne peut juger de la terminaison favorable de la maladie. Restent donc souvent comme seuls caractères de la résolution, la diminution de la toux, de la dyspnée, la cessation de la fièvre et l'amendement survenu dans tous les symptômes généraux.

2°. La péripneumonie dont l'issue sera funeste annonce cette fatale tendance par l'exaspération de tous les phénomènes. Ainsi, la

respiration devient de plus en plus gênée; les mucosités, qui cessent d'être expectorées, s'accumulent dans les bronches, qu'elles obstruent, s'opposent à l'entrée et à la sortie de l'air, et produisent ainsi un râle muqueux à grosses bulles, souvent facile à percevoir à distance et sans le secours de l'auscultation.

Le pouls se précipite, la figure s'altère. Quant aux symptômes locaux, ils présentent les mêmes caractères qui avaient signalé la seconde période, seulement les crachats revêtent une nouvelle apparence; ils sont souvent fluides, sans adhérence au vase, et semblables, pour la couleur, à du jus de pruneaux. Les crachats de cette nature coïncident, en général, avec l'hépatisation purulente du poumon; quelquefois, d'après M. *Laennec*, ils se montrent quand l'hépatisation est encore rouge; ils n'existent pas constamment; ils n'indiquent pas nécessairement une terminaison funeste.

Il n'est pas toujours indispensable que la pneumonie ait parcouru toutes ses périodes pour devenir mortelle. On a vu des malades succomber lorsque l'altération du poumon ne consistait que dans le simple engouement; mais alors cette lésion était très-étendue et occupait la majeure partie des deux poumons. Le plus souvent la mort arrive quand l'hépatisation rouge ou grise envahit le parenchyme pulmonaire. Nous savons cependant que ces deux états morbides n'empêchent ni l'un ni l'autre le retour à la santé. Plus l'étendue de la phlegmasie est considérable, plus les symptômes sont graves, et plus la mort survient promptement. On ne conçoit pas que le tissu de l'un et l'autre poumon puisse être hépatisé à la fois; le malade doit succomber avant cette imperméabilité à l'air de tout l'organe respiratoire. Que penser de cette observation de *Valsalva*, rapportée par *Morgagni*, dans laquelle les deux poumons étaient totalement indurés? *Pulmones ambo induruerant toti?*

La gangrène termine rarement la pneumonie : en général, cette terminaison fatale ne dépend pas de l'intensité de la phlegmasie, mais de son mauvais caractère. J'ai vu périr, avec une partie de l'un

des poumons gangrénée, un enfant dont le tissu des gencives et l'intérieur de la bouche étaient détruits par une stomatite putride des plus violentes. Cet hiver, j'ai eu occasion d'observer un fait semblable sur un militaire qui, convalescent de gastro-entérite, éprouva une rechute, fut pris de pneumonie, de gengivite gangréneuse et mourut. A l'ouverture du cadavre, on trouva une petite portion du poumon gauche sphacélée. Dans ces cas funestes, l'haleine des malades exhale une odeur horriblement fétide, leurs crachats sont infects ; le pouls est très-petit, la face est décolorée, le teint est plombé. Remarquons cependant que l'odeur fétide des crachats n'indique pas constamment que le tissu pulmonaire est frappé de gangrène.

Aux approches de la mort, les extrémités se refroidissent, le râle trachéal se fait entendre; les enfans éprouvent assez souvent des mouvemens convulsifs.

Péripneumonie chronique. Je n'ai parlé que de la terminaison de la pneumonie par le retour à la santé et par la mort; cette phlegmasie n'est-elle donc pas capable de passer à l'état chronique? Il est très-souvent question dans les auteurs de péripneumonie chronique; mais les recherches des pathologistes modernes ont prouvé que cette espèce était très-rare; et si ses caractères anatomiques sont une hépatisation grisâtre, dure, difficile à déchirer, il faut convenir qu'elle se rencontre très-peu souvent. De semblables altérations sont plus fréquentes autour des tubercules et des cavernes pulmonaires; mais il semble qu'elles sont le résultat d'une inflammation chronique dès son principe, et qui n'a jamais joui d'une période d'acuité. Si, pour assigner à la péripneumonie le nom de *chronique*, on n'a recours qu'à la durée un peu prolongée de la maladie, sans avoir égard à la nature des lésions de tissu, il est certain que cette variété paraît assez commune. Plusieurs fois, en effet, j'ai vu des malades atteints d'inflammation aiguë du poumon présenter les symptômes locaux et généraux de cette phlegmasie, puis, au bout de quelques jours, la

fièvre cessait presque entièrement, la dyspnée était moindre, l'appétit était assez prononcé ; mais la percussion et l'auscultation indiquaient que le poumon n'était pas revenu à son intégrité première. Après quelque temps, quelques semaines même, passés dans un état de demi-convalescence, tantôt les malades recouvraient une santé parfaite, et leur poitrine n'offrait plus rien de morbide; tantôt la pneumonie reprenait sans acuité et déterminait la mort. L'ouverture du corps apprenait que le tissu pulmonaire était hépatisé n *rouge* ou en *gris*, mais sans induration.

Pour les personnes qui regardent la production des tubercules et des granulations décrites par *Bayle* comme deux phénomènes dépendant d'une pneumonie chronique, cette maladie sera très-fréquente ; et, dans cette supposition, presque jamais elle ne succède à une pneumonie aiguë : elle est précédée d'une congestion vers les poumons, d'irritation active, mais qui est loin du degré de phlegmasie auquel on a imposé le nom de *pneumonie*.

Durée. Cette maladie, dont je ne puis entreprendre de tracer les symptômes à l'état chronique, a une durée qui varie, en général, de sept à vingt jours. Il est rare qu'elle se termine avant la fin du premier septénaire, et qu'elle se prolonge au-delà du troisième. C'est une des affections qui se montrent le plus favorables à la doctrine des jours critiques ; et, d'après les observations nombreuses recueillies par M. *Andral*, elle se termine souvent le septième, le quatorzième et le vingtième jour. Quant à la durée de chacune des périodes que nous avons établies, elle n'a rien de bien fixe ; elle est soumise d'ailleurs à la nature du traitement. Il est remarquable que la période d'engouement, dans la plupart des cas de pneumonie infantile, persiste plus long-temps que dans la pneumonie des adultes.

Prognostic et complications.

Quoique la pneumonie, combattue par les moyens convenables, soit une des maladies qui ont le plus de tendance à finir heureusement, et dont la terminaison favorable, comparée à l'intensité des phénomènes apparens, fasse le plus d'honneur au médecin, il n'en est pas moins vrai que c'est une affection grave : en effet, elle menace immédiatement la vie, en attaquant des organes dont le jeu régulier est si étroitement lié à notre existence. Le prognostic qu'on doit en porter est donc toujours sérieux ; mais le nombre et la nature des complications qui se joignent à la péripneumonie, et ajoutent à ses dangers, doivent encore être pris en considération. Ainsi la moins menaçante est celle qui survient sur un enfant dont les jours ont jusqu'alors été respectés par les maladies, qui n'a point éprouvé d'affection chronique du cuir chevelu, d'ophthalmie rebelle, et dont la poitrine a toujours été intacte. Si ce sujet neuf, si je puis parler ainsi, est d'une bonne constitution, et que la phlegmasie pulmonaire ne soit pas aggravée par d'autres maladies concomitantes, il est probable que son issue sera heureuse : au contraire, l'enfant qui est épuisé par les scrophules, par les éruptions du cuir chevelu, et dont les voies respiratoires ont déjà supporté l'atteinte de plusieurs inflammations ; celui dont la figure est bouffie, et qui est débilité par un état valétudinaire de longue durée, est atteint de pneumonie dans les plus fâcheuses circonstances. L'existence antérieure ou concomitante de la variole, de la scarlatine et de la rougeole rend encore le prognostic beaucoup plus grave.

La pleurésie est une complication si fréquente de la pneumonie, que beaucoup d'auteurs, pensant ces deux phlegmasies presque toujours réunies, désignent la première sous le nom de *pleuropneumonie*. Il est certain que, dans un grand nombre de cas, on trouve la surface du poumon enflammée, couverte de fausses membranes plus ou

moins épaisses, plus ou moins humides ; elle adhère à la plèvre costale. D'autres fois la cavité qu'occupe le même poumon est arrosée d'une sérosité dont la couleur et la fluidité varient, mais dont l'abondance est toujours médiocre, lorsque l'hépatisation est étendue sur une grande partie du tissu pulmonaire.

Comment peut-on reconnaître cette complication? Si la pleurésie est légère, il est impossible de constater son existence ; et d'ailleurs il importe peu, pour le traitement, d'en établir le diagnostic, lorsqu'elle se borne à produire quelques adhérences costo-pulmonaires. Toutefois, le caractère aigu de la douleur de côté qu'accuse le malade doit inspirer quelques soupçons : ils sont convertis en certitude, lorsqu'au début de la maladie l'égophonie se fait entendre, lorsque, plus tard, on ne perçoit ni râle crépitant, ni respiration bronchique, et que le son rendu par le thorax est tout à fait mat. Si l'épanchement pleurétique occupe la partie inférieure d'une des cavités de la poitrine, et que le lobe supérieur du poumon correspondant soit enflammé, il sera encore plus facile de diagnostiquer l'une et l'autre altération. Enfin, pendant qu'un des poumons est le siége d'une pneumonie, il est possible que l'autre poumon soit sain, et que la plèvre qui l'entoure soit phlogosée au point de déterminer un épanchement : alors, d'un côté se manifesteront les signes de la péripneumonie, de l'autre ceux de la pleurésie ; en même temps les symptômes généraux sont très-intenses, et la dyspnée excessive.

La bronchite n'est pas une dépendance nécessaire de la pneumonie : la membrane muqueuse des bronches n'est pas toujours enflammée, du moins dans les grandes divisions de ses canaux, lorsque la phlegmasie de la substance pulmonaire est devenue mortelle ; mais quand celle-ci apparaît pendant le cours de la rougeole, la muqueuse bronchique est fortement injectée et colorée en rouge foncé.

L'état des voies digestives mérite beaucoup d'attention à toutes les périodes de la pneumonie ; sur leur intégrité ou leur disposition

morbide se fondent un prognostic plus ou moins sérieux et des modifications thérapeutiques. Chez l'enfant comme chez l'adulte, l'irritation concomitante de l'estomac et des intestins se révèle par ses symptômes accoutumés; elle est très-commune. Il est une variété de la pneumonie dont *Stoll* nous a laissé une belle description; c'est la pneumonie bilieuse; elle consiste dans une phlegmasie du poumon, compliquée de l'embarras saburral des premières voies, telle qu'elle résiste aux moyens ordinaires de traitement, si l'on n'a pas recours au vomitif. Elle me semble beaucoup plus rare que bien de gens ne le pensent; elle appartient à certaines épidémies, mais les pneumonies sporadiques se présentent peu fréquemment sous cet aspect. En effet, il faut éviter de s'en laisser imposer par quelques signes trompeurs de saburre. D'après *Stoll* lui même, l'amertume de la bouche, les nausées et le vomissement bilieux, ne sont pas des preuves certaines de cette complication. « *Subindè in iis qui bilioso vitio non labo-* « *rant, atque in verâ pulmonum inflammatione hic oris amaror depre-* « *henditur.* » Et plus loin : « *Symptoma sæpè anceps et utrique morbo* « *commune, est vomituritio, vomitusque..... Ipsa bilis, hoc vomitu* « *spontè excitato rejecta necdum sufficit ut de pleuritide biliosâ conclu-* « *dam, si cætera reclament.* » Le caractère distinctif de la pneumonie bilieuse est donc d'être rebelle aux émissions sanguines qui n'ont pas été précédées de l'action des émétiques.

La diarrhée, qui ne se rencontre que quelquefois pendant la pneumonie des adultes, est beaucoup plus fréquente chez les enfans atteints de la même affection. Toutefois elle est loin d'imprimer au prognostic autant de gravité que l'aphorisme suivant semble le faire croire : « *A pleuritide aut à peripneumoniâ detento, alvi profluvium* « *superveniens, malum.* » Cette sentence d'*Hippocrate* s'applique plutôt à la phthisie pulmonaire qu'à la pneumonie. Ainsi, j'ai dit plus haut que la diarrhée était quelquefois un phénomène critique de l'inflammation du poumon. Du reste, ce n'est pas toujours un travail inflammatoire qui entretient la diarrhée dont l'enfant est tour-

menté pendant la durée de la pneumonie, et de beaucoup d'autres maladies. Dans des circonstances semblables, j'ai vu bien des fois, à l'ouverture des cadavres, le canal intestinal tout entier, non pas rouge, phlogosé, mais pâle, aminci dans toutes ses tuniques, et revêtu d'une membrane muqueuse remarquable par son peu d'épaisseur et par sa blancheur.

Les symptômes d'adynamie qui se manifestent pendant le cours de la pneumonie rendent le prognostic beaucoup plus grave. Ils peuvent tirer leur origine de trois sources différentes ; 1°. ici ils dépendent d'une gastro-entérite dont l'invasion a précédé ou suivi le développement de la phlegmasie pulmonaire; 2°. ailleurs, ils proviennent de l'existence antécédente d'une fièvre grave, dont la marche a été compliquée de la même affection locale ; 3°. en troisième lieu, l'adynamie est produite toute entière par l'inflammation fixée sur le poumon. Celle-ci détermine alors ces résultats fâcheux, ou par sa vaste étendue, ou par son caractère de malignité. Dans ce dernier cas, elle occasionne quelquefois la désorganisation gangréneuse du tissu pulmonaire, et se rapproche de ces phlegmasies qui tuent rapidement les tissus où elles s'établissent. Tout ce qui porte à croire que la gangrène envahit le poumon donne au prognostic une extrême gravité; cependant la mort n'est pas inévitablement la suite de cette funeste terminaison de l'inflammation, d'après *Laennec.*

La pneumonie, accompagnée de phénomènes nerveux, doit inspirer peu de sécurité, soit que l'ataxie soit liée à une phlegmasie cérébrale, soit qu'elle ne reconnaisse aucune cause matérielle appréciable pour nos sens ; et remarquons ici combien il est difficile, lorsqu'un enfant est atteint du trouble des fonctions de relation, de distinguer avec justesse la nature de cette affection. Il arrive sans cesse aux praticiens les plus exercés de croire à une méningite, et à l'autopsie on ne découvre aucune trace d'inflammation de l'arachnoïde.

Lésions anatomiques.

A l'ouverture du corps des personnes qui succombent à la pneumonie, on rencontre les altérations du tissu pulmonaire, que l'on désigne sous les noms d'*engouement*, d'*hépatisation rouge* et d'*hépatisation grise*. L'engouement est caractérisé par la couleur violacée du poumon, par son augmentation de pesanteur, et par la sérosité spumeuse et sanguinolente qui s'écoule des incisions qu'on y pratique. Il est cependant crépitant, mais moins que dans l'état sain, et il n'a plus sa consistance et son élasticité naturelle; aussi il est facile à déchirer.

L'hépatisation rouge a reçu aussi le nom de *ramollissement rouge*; elle forme le second degré de l'inflammation de la substance pulmonaire, dont l'engouement constitue le premier.

Le poumon, ainsi altéré, est pesant, ferme, et ne crépite plus; il est friable, se laisse aisément déchirer, et les doigts, appliqués à sa surface, s'y enfoncent sans difficulté. Les portions déchirées présentent un aspect granuleux, et dont la couleur est nuancée comme celle des granits : lorsqu'on incise un poumon hépatisé, il ne s'écoule aucun liquide.

Le troisième degré de l'inflammation du poumon est nommé *infiltration purulente*, *hépatisation grise*, *ramollissement gris*. Comme dans le second degré, la partie altérée est compacte, pesante, granuleuse à sa surface; mais sa couleur n'est plus la même; elle était rouge dans l'hépatisation au second degré, elle est ici jaunâtre ou grise. La substance pulmonaire incisée n'est plus sèche; elle laisse suinter un liquide purulent, épais et visqueux. Sa friabilité est telle, que la moindre pression la réduit en une bouillie sanieuse, et détermine ainsi dans le poumon des cavités anfractueuses, qu'il faut se garder de prendre pour les parois d'un abcès, ainsi qu'on le fait souvent.

Quant à la gangrène du tissu pulmonaire, elle offre des caractères analogues à ceux qu'elle présente dans les autres tissus; c'est une matière noire, uniforme, plus ou moins ramollie et dont l'odeur est infecte.

Les lésions anatomiques dont je viens de parler se rencontrent simultanément ou d'une manière isolée, dans la même pneumonie, dans le même poumon. Lorsqu'elles existent ensemble, en général l'infiltration purulente occupe les parties inférieures et déclives du poumon, puis vient l'hépatisation rouge, et enfin le lobe supérieur n'est qu'à l'état d'engouement. Cette disposition est en rapport avec la marche progressive la plus commune de l'inflammation; mais elle n'est pas constante, et quelquefois elle se trouve dans un ordre inverse. On a dit que le poumon hépatisé n'augmentait pas de volume, et *Laennec* s'efforce de réfuter une assertion de M. *Broussais*, qui raconte avoir vu des poumons ainsi altérés présenter à leur surface l'impression des côtes, comme si leur parenchyme s'était tuméfié et avait fait effort contre les parois osseuses de la poitrine. Deux fois cet hiver j'ai eu occasion d'observer un fait semblable au Val-de-Grace. Dans ces deux cas, le poumon était libre, *solutus à pleurâ*, de sorte que l'impression des côtes ne pouvait pas être simulée par l'adhérence au poumon de la plèvre costale correspondante, qui aurait été détachée des parois thoraciques.

P. Frank avait fait la même remarque; il dit : «Dans certains cas, le poumon éprouve une tuméfaction si grande, que le thorax n'est pas assez spacieux pour le contenir, et sa surface offre l'empreinte des côtes dessinées par une matière jaune blanchâtre.»

Très-souvent, les désordres produits dans le tissu pulmonaire par la pneumonie, à laquelle succombent les enfans, ressemblent à ceux que nous venons d'indiquer.

L'engouement, l'hépatisation et l'infiltration purulente, ont le même aspect, la même disposition et le même caractère. Cepen-

dant les jeunes sujets périssent souvent lorsque l'inflammation n'est encore qu'au premier degré, et en outre, il m'a toujours semblé que le poumon hépatisé en roug ne présentait pas autant de friabilité, et que les doigts ne le déchiraient pas très-aisément.

Mais il est une espèce de pneumonie assez commune dans l'enfance, dont la forme s'éloigne beaucoup de celle dont je viens de parler; on lui a donné le nom de pneumonie lobulaire. Les poumons ne sont pas altérés dans une vaste étendue, un lobe entier n'est pas hépatisé, mais les traces de la phlegmasie sont bornées à de petites portions de la substance pulmonaire, distribuées çà et là dans un tissu crépitant et sain. Tantôt les lobules enflammés sont situés profondément au centre du poumon; tantôt ils sont à sa surface, et pénètrent à peine de quelques lignes dans son épaisseur. Ils offrent les trois degrés de la pneumonie des adultes, mais plus souvent l'hépatisation rouge. Toutefois le lobule hépatisé est peu friable, résiste à la pression du doigt, et se laisse difficilement pénétrer; il se précipite pourtant au fond de l'eau dans laquelle on le plonge, pourvu qu'on ait l'attention d'en séparer avec soin toute partie saine, qui soutiendrait, au moyen de l'air qu'elle contient, la partie indurée. Un enfant âgé de deux ans, que la coqueluche tourmentait depuis quelques semaines, succomba. A l'ouverture de son corps on trouva les deux poumons dans l'état suivant : le lobe supérieur du poumon droit présentait une foule de petites pneumonies lobulaires, faciles à reconnaître à leur couleur et à leur consistance. Ces hépatisations sont rouges, difficiles à déchirer, non granulées, et se précipitent au fond de l'eau. Un mucus puriforme s'échappe des ouvertures béantes des petites bronches, qui se distribuent dans ces points hépatisés, lorsqu'on y pratique des incisions. Ces points hépatisés sont séparés les uns des autres par des portions de poumon tout à fait saines. Le lobe moyen offrait à sa région postérieure un noyau d'hépatisation très-circonscrit, semblable à ceux du lobe supérieur. Le lobe inférieur était parsemé à sa surface de

points hépatisés, d'un rouge-brun, de deux ou trois lignes de profondeur, qui étaient isolés au milieu d'un tissu pulmonaire sain. Le lobe supérieur du poumon gauche n'avait souffert aucune altération, tandis que le lobe inférieur contenait une hépatisation très-peu étendue et d'un demi-pouce d'épaisseur.

Cet exemple fait reconnaître la disposition de ces pneumonies lobulaires. Faut-il croire, avec *Laennec*, qu'elle est due à ce que l'inflammation, ayant commencé dans plusieurs points à la fois, isolés les uns des autres, s'est étendue légèrement aux parties intermédiaires, dont la résolution s'est opérée avant la mort des malades. J'aime mieux croire que le mal s'est concentré sur plusieurs points, et qu'il a respecté la partie du poumon interposée entre ces foyers de phlegmasie; autrement la mort arriverait au moment où la violence de la pneumonie, déjà amortie ou entravée, a permis la résolution partielle de celle-ci.

Par la forme peu étendue, souvent profonde de ces hépatisations lobulaires, s'explique parfaitement la difficulté que l'on éprouve à les constater pendant la vie.

Je ne dois pas décrire les lésions de tissus que déterminent les affections qui compliquent la pneumonie; elles varient suivant la nature de celles-ci. Je dirai seulement que les cavités du cœur des individus qui meurent de péripneumonie renferment très-souvent des concrétions fibrineuses et polypiformes, provenant de la stase du sang, et s'étendant dans les vaisseaux qui s'abouchent dans les ventricules et les oreillettes. *Morgagni* s'est appesanti sur cette circonstance.

Traitement.

S'il est une maladie sur laquelle les émissions sanguines aient une puissante influence, c'est, sans contredit, la pneumonie : de tout temps elle a été combattue avec succès par les saignées répétées. Celles-ci ont en effet deux avantages précieux ; d'abord, celui de di-

minuer la quantité du sang, qui, dans un temps donné, doit parcourir les vaisseaux pulmonaires, et d'affaiblir le travail des poumons qu'on ne peut suspendre entièrement ; ensuite, celui de s'opposer aux progrès de la phlegmasie, de la même manière qu'elles ont coutume d'entraver l'inflammation d'un organe quelconque. Pratiquée sur l'homme adulte et robuste, la saignée peut être portée jusqu'à seize onces, et répétée dans la même proportion le même jour ; si les circonstances l'exigent, on réitère cette évacuation le lendemain et les jours suivans, jusqu'à ce que la phlegmasie cède, cesse de faire des progrès, ou que la rémission du pouls annonce que le malade n'a plus la force de supporter de nouvelles pertes de sang. Telle est la pratique qui a été conseillée par les maîtres de l'art ; et *Stoll* lui-même s'exprime ainsi : *Quandiù in verâ pleuritide phlogosis manet, tamdiù sola viget solvendi, emolliendi et massam sanguineam minuendi indicatio.* Mais si tout le monde est d'accord sur l'utilité de la saignée dans le traitement de la pneumonie des adultes, est-il également reconnu qu'elle peut avoir d'heureux succès lorsqu'on l'applique aux enfans ?

L'expérience a décidé cette question, et tous ceux qui ont observé les maladies de l'âge tendre, savent que les jeunes sujets supportent très-bien les pertes de sang proportionnées à leurs forces et à leur constitution, et que c'est un moyen puissant de s'opposer au développement grave de leurs affections pectorales. « Les enfans ne sup-« portent pas les évacuations sanguines aussi facilement que les « adultes, dit *Franck* ; mais, dans un cas grave, on ne doit pas « craindre de leur faire une saignée en proportion avec leur âge, ou « de leur appliquer des sangsues. » Malheureusement, il n'est pas toujours facile de saigner les enfans très-jeunes.

Dans la pneumonie qui se déclare sur un enfant non débilité par une maladie antérieure, et offrant tous les signes d'une bonne constitution, lorsque la phlegmasie est aiguë, franche, il est donc rationnel de recourir à la saignée et de la répéter. Mais qui oserait employer

ce moyen quand l'enfant est débile, réduit au marasme, et épuisé par une maladie antécédente? Restent alors les sangsues, qui peuvent s'appliquer sur le côté du thorax qu'on soupçonne affecté. Presque toujours les sangsues ont l'inconvénient d'accélérer les battemens du cœur, et de provoquer une réaction générale. L'abondance de l'écoulement sanguin compense seulement cette excitation artificielle. On a donc soin de le favoriser au moyen de cataplasmes émolliens. Toutefois il faut être prévenu que l'application des sangsues jette bientôt après les enfans dans un affaissement remarquable, qui est plus que proportionnel à la perte du sang. De plus, le réseau capillaire cutané est tellement humide à cet âge, que les piqûres produisent souvent de copieuses hémorrhagies, et qu'il est indispensable de surveiller attentivement les malades qu'on a soumis à cette espèce de saignée.

En même temps qu'on emploie les émissions sanguines, on prescrit des boissons adoucissantes, telle que la décoction de fleurs de mauve, édulcorée avec le sirop de gomme, prise tiède; les juleps gommeux, les loocks blancs.... ; l'enfant est tenu à la diète. C'est une erreur de croire que les jeunes sujets ne la soutiennent pas bien, quoi qu'en dise *Hippocrate* dans un aphorisme si connu. Pour exercer une douce révulsion sur les extrémités inférieures, on enveloppe les pieds de cataplasmes chauds, quelquefois légèrement sinapisés.

Dès que la fréquence du pouls est calmée, et que les symptômes généraux éprouvent une rémission sensible, on favorise la résolution qui s'opère dans le poumon enflammé en posant un large vésicatoire sur le thorax. « Il faut toujours appliquer les vésicatoires sur le « thorax, dit *Cullen*, car, quand on les met sur des parties plus « éloignées, ils produisent peu d'effet. » Cette méthode, si utile dans le traitement de la pneumonie des adultes, et que M. *Broussais* se félicite souvent d'employer, n'est pas moins efficace, lorsqu'on y a recours, pour combattre la pneumonie infantile dont la marche est déjà enrayée.

Il est mieux de ne laisser l'emplâtre vésicatoire en place que quelques heures, et de le remplacer par un cataplasme émollient, sous lequel l'épiderme se soulève aussi bien que si les cantharides fussent restées constamment appliquées. Par là on prévient l'absorption de cette poudre excitante, et ses effets quelquefois fâcheux.

A cette époque, pourvu que les voies digestives soient dans l'état sain, on peut administrer des boissons expectorantes, en ajoutant à celles que nous avons indiquées plus haut quelque peu d'oxymel scillitique, de kermès.... S'il est nécessaire de remédier à une constipation opiniâtre, on prescrit, outre les lavemens, une légère dose de manne, d'huile de ricin. J'ai souvent été témoin des bons effets que produisait, chez les adultes, un doux purgatif, au moment où la pneumonie décroissait rapidement. Je pense que le même moyen ne serait pas sans efficacité sur un enfant dont le canal digestif serait exempt d'irritation.

Quand la pneumonie ne cède pas aux émissions sanguines, qu'elle continue de faire de fâcheux progrès, malgré les saignées répétées, et qu'on commence à craindre une terminaison funeste, on place des vésicatoires sur les membres inférieurs. C'est également dans ces cas malheureux qu'on peut essayer la méthode de *Razori*. Après avoir inutilement pratiqué plusieurs évacuations sanguines, M. *Guersent* a obtenu plusieurs fois de grands succès de l'administration à haute dose du tartre stibié. Il recommande de donner au jeune malade quatre grains de ce sel dans quatre onces d'infusion de feuilles d'oranger, à prendre par cuillerées à bouche de deux heures en deux heures. J'ai vu plusieurs fois employer cette méthode, et chaque fois les jeunes malades ont vomi abondamment, et la *tolérance* ne s'est pas établie. Faut-il attribuer ces insuccès à ce que le tartre stibié n'était pas donné dès le début de la maladie, mais lorsqu'on avait déjà éprouvé l'inefficacité des émissions de sang. M. *Laennec*, que j'ai vu recourir à ce moyen thérapeutique avec tant de succès, sui-

vait une marche inverse ; il n'ordonnait qu'une saignée, puis aussitôt il prescrivait le remède héroïque.

La pneumonie qui survient pendant le cours des fièvres exanthématiques ou après leur terminaison réclame, dans toute sa force, le traitement antiphlogistique. « *Si post morbillorum discessum*, dit « SYDENHAM, *febris, respirandi difficultas et alia symptomata peripneumoniam mentientia supervenerint, sanguis liberaliter extrahendus è brachio, semel, bis et ter, prout opus fuerit, convenienti spatio inter singulas venæ sectiones.* » Toutefois, si les malades étaient profondément affaiblis par l'une ou l'autre de ces éruptions, qu'ils ont eu de la peine à supporter, il serait prudent de ne verser que peu de sang.

Dans les cas de pleuro-pneumonie, on insiste sur les applications de sangsues dirigées sur la partie des parois thoraciques qui correspond au point où la douleur pongitive se fait sentir.

Quand l'estomac est le siége d'un travail inflammatoire qui marche avec la phlegmasie du poumon, il faut placer des sangsues à la région épigastrique, et couvrir celle-ci de cataplasmes ou de fomentations émollientes. Si la pneumonie se présente avec l'appareil bilieux décrit par *Stoll*, l'exemple des succès éclatans obtenus par ce célèbre praticien, à l'aide du vomitif, indique que sa méthode serait la meilleure à suivre. Toutes les fois qu'il est difficile de reconnaître si les symptômes bilieux apparens dépendent réellement d'un état saburral des premières voies, il faut aussi imiter la conduite de *Stoll*, pratiquer une petite saignée explorative, qu'on réitérera si la malade en éprouve du soulagement, et qu'on fera suivre du vomitif s'il s'en trouve mal.

On combat les évacuations alvines excessives par les moyens appropriés.

Quelle circonstance fâcheuse que la réunion de la pneumonie et de la gastro-entérite adynamique, ou d'une fièvre typhoïde !

Comme le plus souvent la phlegmasie pulmonaire ne se manifeste qu'au moment où les symptômes d'adynamie sont déjà très-prononcés, il serait imprudent de recourir à la saignée générale ; une pareille méthode exposerait à hâter la mort des malades, et d'ailleurs n'empêcherait pas le sang de se diriger sur le viscère enflammé.

C'est un fait, professé par M. *Broussais*, que dans les phlegmasies intestinales, dont le cours n'a pas été arrêté par les émissions sanguines, de nouvelles pertes de sang, provoquées à l'époque où le mal a fait de grands progrès, où le pouls est faible, petit et très-fréquent, ne servent qu'à concentrer le reste du sang sur les grands viscères, et à accélérer une terminaison funeste. Que faire dans ces circonstances malheureuses? Continuer le traitement qu'on a opposé jusqu'alors, soit à la gastro-entérite, soit à la fièvre grave.

Arrivé à la convalescence, le malade est ramené peu à peu à son régime accoutumé. Il craindra pendant long-temps de s'exposer à l'impression du froid, s'il veut éviter toute rechute. Il doit savoir, en outre, que la pneumonie est une phlegmasie qui récidive aisément.

FIN.

HIPPOCRATIS APHORISMI

(*edente* DE MERCY).

I.

A morbo bellè comedenti nihil proficere corpus, malum est. *Sect.* 2, *aph.* 31.

II.

Quæ judicantur, et judicata sunt perfectè, neque movere oportet, neque innovare, sive purgantibus, sive aliis irritamentis, sed sinere. *Sect.* 1, *aph.* 20.

III.

A sudore horror, non bonum. *Sect.* 7, *aph.* 4.

IV.

In ictericis hepar durum fieri, malum. *Sect.* 6, *aph.* 42.

V.

Morbi autem quilibet fiunt quidem in quibuslibet anni temporibus; nonnulli verò in quibusdam ipsorum potiùs et fiunt et exacerbantur. *Sect.* 3, *aph.* 19.

VI.

Frigida velut nix, glacies, pectori inimica, tusses movent, et sanguinis eruptiones ac catarrhos inducunt. *Sect.* 5, *aph* 24.